



# FORMULARIO DE BECA

## Ciclo Lectivo 2007



Azopardo 350 - 3° Piso - Of. AMFEAFIP - Cdad. de Bs. As.

Tel/Fax: (011) 4338-6450 / 4342-7953 - E-mail: instituto@amfeafip.org.ar

### Datos Personales:

Apellidos: ..... Nombres: .....

D.N.I. / Pasaporte: ..... Fecha de nacimiento: .....

Dirección: .....

Localidad: ..... C.P.: .....

Provincia: ..... País: .....

Teléfono contacto:..... Horario

contacto:.....

Fax: ..... E-mail: .....

Legajo AFIP: ..... Legajo AMFEAFIP .....

Titulación Académica: .....

.....

Carrera en la que se inscribe: .....

Ingreso mensual del postulante: .....

Ingreso mensual de los restantes miembros del hogar: .....

Ingreso total del grupo familiar (1 + 2): .....

Número de miembros del hogar:

adultos: ..... niños: ..... total: .....

Especifique si la vivienda en la que habita es:

- de su propiedad
- de propiedad de su familia
- alquilada
- ocupada a título gratuito

**NOTA: La información contenida en esta solicitud tiene el carácter de declaración jurada**

.....  
FIRMA

Aclaración: .....